

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à 1 heure

Par JOSEPH ODEYÉ.

Né à Crozon (Finistère), le 40 mars 1870.

INFLUENCE

DES

MODIFICATIONS UTÉRO-OVARIENNES

SUR LES

AFFECTIONS DU CORPS THYROÏDE

Président : M. POTAIN, professeur.

Professeur : M. FOURNIER, professeur.

Agrégés : MM. { GLEY.
DEJÉRINE.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

458

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à 1 heure

Par JOSEPH ODEYÉ.

Né à Crozon (Finistère), le 10 mars 1870.

INFLUENCE

DES

MODIFICATIONS UTÉRO-OVARIENNES

SUR LES

AFFECTIONS DU CORPS THYROÏDE

Président : M. POTAIN, professeur.

Professeur : M. FOURNIER, professeur.

Agrégés : MM. { GLEY.
DEJÉRINE.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophtalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en doit leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

*Faible gage de reconnaissance et
d'amour filial.*

A MES SŒURS.

et

A MES FRÈRES.

*Témoignage de la plus grande
affection.*

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN,

Médecin de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine et de l'Institut,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Il est d'observation ancienne que les affections du corps thyroïde se rencontrent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Les relations pathologiques qui existent entre la glande thyroïde et l'utérus sont trop manifestes pour avoir échappé même aux gens du peuple.

Meckel considérait la thyroïde comme une répétition de la matrice au cou.

Les modifications de la sphère génitale troublent souvent les fonctions du corps thyroïde. C'est ainsi que, soit pendant la période menstruelle, soit pendant la grossesse, soit à l'occasion d'une maladie utérine, on peut voir s'établir une affection thyroïdienne. Et cette dernière est tellement de cause utérine que souvent elle disparaît avec la modification qui lui avait donné naissance.

Les affections du corps thyroïde les plus diverses peuvent être observées : la congestion simple, très

fréquente, la thyroïdite simple ou suppurée, le goitre simple, le goitre exophtalmique.

Très brièvement, nous dirons dans un premier chapitre pourquoi nous nous rattachons à la théorie thyroïdienne pour expliquer le goitre exophtalmique.

Puis nous envisagerons les affections thyroïdiennes en rapport : 1° avec la menstruation et la ménopause ; 2° avec la grossesse, et 3° avec les lésions utéro-ovariennes.

Mais qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier tous ceux de nos maîtres dont les conseils éclairés et la haute bienveillance nous ont encouragé, soutenu et guidé au cours de nos études médicales.

M. Rendu, M. Rigal et M. Huchard, ont bien voulu nous admettre dans leurs services hospitaliers et nous ont initié aux difficultés de l'auscultation et de la clinique : nous sommes heureux de pouvoir leur dire ici toute notre reconnaissance.

Avec le talent et la conscience qui le caractérisent, M. le professeur Le Dentu s'est efforcé de nous apprendre à poser un diagnostic et à discuter l'opportunité d'une intervention : c'est à ses savantes leçons que nous devons une bonne partie de nos connaissances chirurgicales.

M. le professeur Pinard, enfin, nous a initié, à la clinique Baudelocque, à l'étude si pratique de la science obstétricale.

Ce nous est un devoir particulièrement agréable de remercier M. Guinard, chirurgien des hôpitaux,

qui nous a indiqué le sujet de notre thèse, et nous a donné en même temps deux de nos observations les plus intéressantes.

M. Bouilly, M. Tuffier, et M. Picqué, chirurgiens des hôpitaux, nous ont également communiqué un certain nombre d'observations inédites : eux aussi ont droit à tous nos remerciements ; car ce sont leurs remarquables observations, qui, avec celles de M. Guinard, feront presque toute la valeur scientifique de ce travail.

Que M. le professeur Potain, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui exprimer ici notre respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Comment se produit le goitre exophtalmique?

Plusieurs théories ont tenté de l'expliquer. Mais la physiologie du corps thyroïde, bien que mieux connue depuis ces dernières années, laisse encore trop à désirer pour qu'il soit facile de soulever pour le moment le voile qui nous cache ce coin de la vérité. Quant à nous, nos études antérieures ne nous ont pas suffisamment armé, nous le savons, pour que nous osions aborder la solution de ce problème. Cependant, nous avouons que la théorie thyroïdienne de M. le professeur Joffroy nous a séduit, et nous avons cru qu'il nous était permis de nous y rallier.

Voici les principales théories qui ont été émises :

La théorie cardio-vasculaire est la première en date. Ses partisans admettaient que les phénomènes observés étaient sous la dépendance d'une affection du cœur, des vaisseaux, avec altération du sang. Elle fut vite abandonnée.

Piorry et Koeben avaient pensé que le goitre était

la lésion primitive, et que l'exophtalmie et les palpitations étaient dues à la compression des vaisseaux et des nerfs du cou par la tumeur.

Mais cette compression donnerait lieu encore à d'autres symptômes, et en particulier à une circulation collatérale qui ferait disparaître les troubles secondaires. D'ailleurs, la maladie de Basedow ne commence pas toujours par le goitre.

Cette théorie mécanique est aussi complètement abandonnée.

Les théories nerveuses, celle du pneumogastrique et celle du grand sympathique, ne sont pas plus acceptées.

Aucune de ces théories n'expliquait la variété des symptômes du goitre exophtalmique et leur dissémination sur presque toutes les fonctions de l'économie. Tant qu'on n'a fait consister la maladie que dans la triade symptomatique, on a pu, avec une certaine apparence de raison, la faire dépendre d'une lésion nerveuse limitée, soit au pneumogastrique, soit au grand sympathique; mais en présence de phénomènes tout aussi importants que ceux de la triade, et relevant manifestement d'une perturbation nerveuse centrale, en présence aussi des formes frustes, dont l'existence est si fréquente, il est difficile de ne pas rapprocher le goitre exophtalmique de la plupart des névroses générales (Marie). Et on a fait siéger cette nouvelle névrose dans la région bulbo-protubérantielle.

Mais de nombreuses objections peuvent être faites

à cette théorie considérant le goitre exophtalmique comme une névrose.

Presque constamment on trouve une lésion du corps thyroïde ; et même dans des cas où le corps thyroïde paraissait sain sur le vivant, ne présentait aucune modification de volume, des recherches histologiques ultérieures ont démontré des lésions (Renaut, Marie, Marinesco).

Le myxœdème et le goitre exophtalmique peuvent exister simultanément ; et tous les auteurs reconnaissent le myxœdème comme une lésion dépendant du corps thyroïde.

Dans les urines des malades atteints de goitre exophtalmique, existent des toxines spéciales, qui, par injection aux animaux, reproduisent tous les symptômes de Basedow.

N'a-t-on pas cité plusieurs cas de goitre exophtalmique à la suite de la thyroïdectomie ?

On voit des malades porteurs de goitres anciens, soit héréditaires, soit endémiques, sur lesquels se développent, après de nombreuses années, tous les symptômes de la maladie de Basedow. Ce sont des goitreux qui deviennent basedowniens, au lieu de basedowniens qui deviennent goitreux.

Cette transformation du goitre ordinaire en goitre exophtalmique montre bien les relations qui existent entre eux.

Pour toutes ces raisons, plusieurs ont fait du goitre exophtalmique une lésion du corps thyroïde. « Le goitre

exophtalmique est au corps thyroïde ce que l'albumine est au rein », a dit M. le professeur Joffroy.

Cette lésion du corps thyroïde est une hypersécrétion de la glande.

M. Marie a fait, à ce sujet, une intéressante communication à la Société médicale des Hôpitaux (février 1894). Il traitait un myxoedémateux tantôt par les injections de suc thyroïdien, tantôt par l'ingestion stomacale de corps thyroïdes. S'il employait des doses trop fortes, il voyait survenir certains accidents comme de la tachycardie, de l'élévation de température, de l'insomnie, de l'agitation, de la polyurie, de l'albuminurie, de la paraplégie incomplète, une sensation de chaleur, une sudation exagérée, de la diarrhée, tous symptômes basedowniens. Et M. Marie, se rattachait à l'idée de Murray, que le goitre exophtalmique est dû à une hypersécrétion du produit normalement sécrété par la glande thyroïdienne.

Mais le *primum movens*, pour M. Marie, est dans un trouble nerveux donnant lieu à l'hypersécrétion, dont le résultat est l'hyperthyroïdation.

M. Bécclère, en octobre 1894, rapportait à la même Société une observation tout à fait semblable à celle de M. Marie. Mais pour lui, l'hypersécrétion pouvait dépendre de causes fort diverses.

L'expérimentation est venue confirmer cette idée. En faisant manger à des animaux des corps thyroïdes, on a vu apparaître chez eux les symptômes basedowniens.

Pour nous, une des causes qui contribuent assez souvent à déterminer la maladie, réside dans les

troubles de la sphère génitale. Ces troubles occupent une grande place dans l'histoire du goitre exophtalmique et Gauthier, de Charolles, voudrait restituer au mot « hystérique » son véritable sens étymologique pour l'appliquer au goitre exophtalmique.

Gauthier croit la maladie de Basedow définitivement classée au rang des névroses générales. Mais de même qu'il y a des épilepsies secondaires, des chorées secondaires, de même, pour lui aussi, il y a des goitres exophtalmiques secondaires, réflexes, qui peuvent avoir leur point de départ dans des lésions cérébro-bulbaires, dans des lésions du corps thyroïde, des fosses nasales, des organes abdominaux, des organes génitaux. Ces lésions peuvent créer de toutes pièces le syndrome de Basedow, et quand elles s'améliorent, le syndrome disparaît.

M. Joffroy a examiné attentivement tous ces faits, et l'anatomie pathologique autant que la clinique et la thérapeutique lui ont montré qu'il y avait identité complète entre la maladie de Basedow et la plupart de ces faux goitres exophtalmiques.

Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de constater, c'est le fait qui domine pour tous, à l'heure actuelle, la pathogénie du goitre exophtalmique; quelle qu'en soit la cause éloignée, la raison d'être du syndrome est une altération glandulaire.

Or ici la physiologie vient prêter main-forte à la pathologie, et sans entrer dans les détails de l'histoire de la physiologie thyroïdienne, depuis que Reverdin, le premier, a montré l'analogie du myxœdème et de la

cachexie strumiprive, nous avons le droit aujourd'hui d'admettre que le corps thyroïde agit par une sécrétion. C'est donc dans la modification de cette sécrétion qu'est l'origine prochaine de la maladie de Basedow.

M. Joffroy nous dit que la maladie de Basedow est au corps thyroïde ce que l'albumine est au rein. Ne pourrait-on pas aller plus loin dans cette voie, et ajouter, aujourd'hui que la sécrétion interne du rein est chose admise et expérimentale, que le syndrome exophtalmique est au corps thyroïde ce que l'urémie est au rein ?

Goitre et Menstruation.

Lors de l'établissement des règles, il n'est pas rare de voir le cou se gonfler. Heidenreich a signalé ce « goitre antimenstruel », et Schonlein, Friedreich en ont confirmé l'existence dans de nombreuses observations.

Ce gonflement du cou paraît être, du reste, d'observation populaire ancienne. Gœthe, dans une épigramme, fait dire par une mère, à une fillette dont le cou grossit : « Tranquillise-toi, mon enfant, Vénus t'a touchée de la main, et t'avertit doucement que bientôt ton petit corps va se transformer ».

Aux époques suivantes, et d'une façon périodique, on peut observer la congestion du corps thyroïde. Liégeois, dans sa thèse d'agrégation, cite un fait de l'influence de la menstruation sur le développement du corps thyroïde : il s'agit d'une femme de 36 ans qui, avant l'époque de ses règles, voyait grossir d'une façon manifeste sa glande thyroïde, et chez qui ces congestions répétées firent place de bonne heure à une véritable hypertrophie.

Wolfgang Freund a fait un travail intéressant sur les relations du goitre avec la menstruation. Plusieurs fois, au moment de la puberté, il a observé de l'hypérémie thyroïdienne. Il cite deux cas intéressants, où le cou grossit au début de chaque menstrue, pour revenir, les règles finies, à son volume primitif. Dans le même travail sont encore rapportées une observation de congestion thyroïdienne survenant à la moindre excitation génitale, et une autre où des excès sexuels firent apparaître le syndrome de Basedow.

C'est une croyance populaire que les premières relations sexuelles ont une influence marquée sur le développement du cou. Catulle l'affirme dans ces deux vers :

Vix illam nutrix, orienti luce revisem
Oesterno poterit collum circumdare filo.

Malgaigne, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*, accorde une certaine attention aux changements de volume du corps thyroïde survenant à la suite d'une perturbation génitale : « Les Anciens, dit-il (page 113, t. II), pensaient que le cou grossissait chez la femme immédiatement après les approches de l'homme, et cette idée s'est conservée dans le peuple jusqu'à nos jours. Ainsi quelques matrones mesurent encore la circonférence du cou d'une jeune mariée le jour et le lendemain des noces. D'autres vont plus loin, et prétendent reconnaître la virginité par le procédé suivant : la circonférence du cou prise avec un fil à la partie moyenne, on

double la longueur de ce fil ; on en fait tenir entre les deux incisives les deux extrémités, et l'on embrasse le sommet de la tête avec l'anse qui en résulte. Si le fil passe librement par dessus le vertex, mauvais signe. Si l'anse, au contraire se trouve trop étroite, on en conclut en faveur de la virginité. »

Les physiologistes ont dédaigné ces traditions populaires. Pourtant elles ont quelque fondement, et Malgaigne en a vérifié l'exactitude : « Ainsi, à moins de goitre ou de difformité quelconque, j'ai toujours vu l'anse du fil trop étroite chez des jeunes filles de 15 à 20 ans, dont les mœurs ne peuvent être soupçonnées ; chez les femmes mariées depuis quelques années, le cou est plus large, et il m'a paru qu'il s'élargissait surtout sous l'influence de la grossesse. »

Heidenreich admet aussi cette influence du premier coït et en note autant chez l'homme.

N'exagérons rien, et tenons-nous à ce fait bien constaté, que les modifications des fonctions génitales peuvent exercer une action sur le volume de la glande thyroïdienne.

Nous pouvons rapprocher de ce que nous venons de dire les observations qui ont démontré la congestion thyroïdienne sur les animaux en rut, sur le chien, le chat, le mouton, la chèvre, le cerf (Heidenreich, Roll, Wortz, Iflug, Emery, Rudolph Wagner, Muhlibach. Baillarger. *In Gaz. méd. hebd. medic. et chirurg.* Paris, 1862, p. 617.)

Dans les cas dont nous avons parlé jusqu'ici, il s'agissait de congestions simples pouvant donner lieu

par leur répétition a des goitres. Mais les troubles menstruels peuvent occasionner aussi bien de véritables inflammations, des thyroïdites, et Follin, Nélaton, Jaccoud, Pozzi en ont rapporté des observations.

Comme étiologie de ces thyroïdites, on trouva le plus souvent la suppression brusque des règles chez des femmes déjà prédisposées par une congestion précédente. Dans une observation rapportée dans la thèse de Parnet (Bordeaux, 1886), j'ai noté un traumatisme de la région sous-hyoïdienne créant un *locus minoris resistentiæ*.

La menstruation, a-t-on dit, est un véritable baromètre de santé de la femme ; c'est le régulateur de son existence (Gauthier.)

Les perturbations menstruelles et, par dessus tout, l'aménorrhée retentissent fréquemment sur le système nerveux, comme l'action du système nerveux se fait sentir sur la fonction menstruelle. Normalement on peut dire que ces deux systèmes se font équilibre. Qu'une modification se produise dans l'un ou l'autre, l'équilibre est détruit. « La congestion utéro-ovarienne est tellement sous la dépendance directe d'une action nerveuse qu'une vive émotion, frayeur, colère, suffit pour empêcher ou suspendre cet écoulement. »

Ces relations entre le centre émotif et les fonctions génitales ne peuvent être mises en doute ; et on peut très bien admettre que, la congestion utéro-ovarienne n'ayant pas lieu, il se fasse ailleurs une congestion compensatrice, et de préférence, sur les organes que

le centre émotif tient sous sa dépendance, tels que le cœur, le corps thyroïde, le larynx, l'œil, etc.

L'hyperkinésie cardiaque de l'aménorrhée et de la ménopause, la tuméfaction thyroïdienne de la défloraison et de la grossesse, la mue de la voix à la puberté, etc..., établissent assez les perturbations fonctionnelles, que peuvent subir ces organes sous l'influence d'une modification des fonctions génitales.

Que le sujet soit prédisposé au goitre par ses antécédents héréditaires ou par le pays qu'il habite, la suppression de la congestion menstruelle, ou un trouble quelconque des fonctions génitales pourra être suivi d'une congestion compensatrice du corps thyroïde et même de goitre exophtalmique (Heidenreich.)

Dans la séance du 21 juin 1895, M. Galliard en rapporte un cas très intéressant :

« Une femme âgée de 40 ans, très nerveuse, maigre et chétive, n'ayant jamais eu de tuméfaction apparente du corps thyroïde, ayant souffert de la grippe pendant la première semaine de mars 1895, s'expose au froid pendant la période menstruelle : Suppression des règles. Le 20 mars, elle éprouve une vive douleur à la région cervicale, à droite, et se plaint de gêne de la déglutition ; fièvre, tuméfaction de la base du cou. Le 23 mars, elle entre dans mon service. T. 38°8. Au niveau du lobe droit du corps thyroïde, tumeur grosse comme un œuf de poule, rougeur, douleur ; à gauche, gonflement moins accentué. Onctions belladonnées, antipyrine, purgation.

« Le 24 mars, T. 38°7 et 39°3 ; P. 128.

« Le 25 mars, T. 38°5 et 39°5 ; P. 110.

« Le 26 mars, T. 38°5 et 38°7 ; P. 96.

Amélioration, moins de douleurs, moins de dysphagie.

Le 27, T. 37°5 et 38°1 ; P. 100. Le lobe droit du corps thyroïde ne paraît plus avoir que le volume d'un marron.

Le 29, guérison complète, apyrexie. Aucune trace du gonflement thyroïdien.

Dans la suite, je constate à plusieurs reprises de la tachycardie (128 à 160) et des palpitations. »

Steinberg a vu, chez une jeune fille de seize ans, à la suite d'un refroidissement, un arrêt des règles être suivi d'un développement rapide du corps thyroïde. Le mois suivant, à l'époque où elle aurait dû avoir ses règles, le cou grossit encore. En deux mois cette congestion disparut sous l'influence du traitement iodique, les règles, jusqu'alors suspendues, reparurent, et il ne fut plus question de goitre.

Les troubles de la ménopause, c'est-à-dire cette période, assez agitée d'ordinaire, qui précède l'arrêt complet des règles, peuvent agir de diverses façons sur le corps thyroïde, suivant qu'ils le trouvent sain ou déjà lésé.

Ils peuvent donner lieu à de la congestion simple, à des thyroïdites aiguës qui laissent la porte ouverte à l'hyperplasie de la glande, c'est-à-dire au goitre.

L'hypertrophie due à la congestion peut disparaître avec la suppression des règles. Il y a cependant des

observations où elle a persisté et même augmenté à tel point que des accidents graves sont survenus et ont nécessité la trachéotomie. (Cas d'une femme de 65 ans, *In thèse, Mangin.*)

Les malades atteintes de goitre oxophtalmique voient souvent leur état s'aggraver pendant les troubles de la ménopause ; la maladie de Basedow peut même s'établir pendant cette période. En général, les basedowniennes bénéficient de la suppression de leurs règles, leurs accidents subissent une diminution de gravité très notable.

Goitre et grossesse.

A Natalis Guillot appartient le premier travail important sur les rapports du goitre avec la grossesse.

Avant lui, vers le milieu du siècle dernier, J.-L. Petit avait entrevu l'influence de l'accouchement sur l'apparition du goitre ; mais il parle uniquement des efforts du travail et ne tient aucun compte de la grossesse proprement dite. « Il arrive assez souvent, dit-il, aux femmes, à la suite de leurs couches, qu'en conséquence des nombreux efforts qu'elles ont faits pour mettre leurs enfants au monde, la glande thyroïde se gonfle et forme une tumeur plus ou moins considérable. » (J.-L. Petit. *Traité des maladies chirurgicales et opérations qui leur conviennent*. Ouvr. path. mis au jour, par M. Lesné. Nouv. édit. Paris, 1740, t. I, p. 255).

Franck, dans son *Traité de médecine pratique* 1842, et Honoré Chailly, en 1845, font les mêmes observations.

En 1828, d'Outrepont avait cependant signalé pour la première fois les poussées successives qu'avait subies, à l'occasion de chaque grossesse, une tumeur du corps thyroïde : c'était un goitre à répétition qui amena la mort à la sixième grossesse.

Les accoucheurs remarquent aussi l'hypertrophie de la glande thyroïde pendant la gestation. Paul Dubois la note.

Grisolles en parle également dans son *Traité de pathologie*.

C'est en 1860, que Natalis Guillot communique à la Société médicale des Hôpitaux deux observations où le début du goitre coïncide avec la première grossesse; et il signale de suite la gravité possible de cette sorte de lésion. Dans ses deux observations, les deux femmes sont mortes de thyroïdite suppurée.

Comme cause de ces goitres, il donnait les modifications survenues dans l'état de l'utérus sous l'influence de la gestation.

La même année, M. Tarnier écrivait dans le traité d'accouchements de Cazeaux : « Il n'est pas rare que la glande thyroïdienne s'hypertrophie pendant la grossesse, en dehors de toute cause endémique. Habituellement cette hypertrophie est peu considérable et ne produit aucune gêne. Quelques femmes cependant se plaignent de voir leur cou grossir et se déformer. Cette augmentation de volume du corps thyroïde diminue quelque peu après l'accouchement, mais il est rare qu'elle disparaisse complètement. » Et en 1861, M. Tarnier rapportait un cas de goitre aggravé chez

une femme enceinte. Thyroïdite suppurée qui amène la mort au huitième mois.

En 1862, eût lieu une intéressante consultation de Charcot. L'éminent clinicien avait vu une femme atteinte de goitre exophtalmique devenir enceinte et guérir. Aussi n'hésita-t-il pas à conseiller la grossesse à une femme présentant la même affection et qui vint le consulter.

La malade suivit le conseil et son état ne tarda pas à s'améliorer si bien qu'on la considéra comme guérie.

Souza-Leite a publié aussi un cas de goitre exophtalmique amélioré par la grossesse.

Mais hâtons-nous de dire que tous les cas n'ont pas été aussi heureux, et qu'en présence d'un goitre exophtalmique, compliquant l'état gravidique, on doit réserver son pronostic. Si on peut espérer une amélioration des symptômes de Basedow à la fin de la grossesse, pendant le cours de celle-ci, il peut survenir les plus graves accidents.

C'est ainsi que le cas de Roberts John fut vraiment malheureux. Il s'agissait d'une femme au deuxième mois de sa grossesse. Son cou s'était tuméfié d'une manière très notable du côté droit. Puis au bout de peu de temps, elle présenta de la propulsion des globes oculaires avec palpitations cardiaques très pénibles. Le goitre augmente progressivement, les accès de dyspnée se rapprochent. A l'hôpital, les paroxysmes sont très violents; ils s'accompagnent de délire, cyanose, et menaces d'asphyxie. Le développement du goitre

est extrême et ne permet pas la trachéotomie; on fait la laryngotomie qui n'amène aucune amélioration et la femme meurt au bout de vingt-neuf heures.

Huberlin (*Centralblatt für Gynäkologie*, n° 26, 1888), rapporte une observation où les symptômes de la maladie de Basedow se déclarèrent dans le courant de la grossesse, et produisirent des accidents d'une haute gravité auxquels un avortement spontané vint heureusement mettre fin; et à ce propos, l'auteur se demande si on ne serait pas autorisé à interrompre le cours d'une grossesse se compliquant de goitre exophtalmique grave, dans le but de voir celui-ci rétrocéder.

Les cas d'hypertrophie thyroïdienne apparaissant avec la grossesse ont été souvent signalés depuis une vingtaine d'années.

Lévêque, dans sa thèse, 1872, publie sept cas de goitre d'origine manifestement puerpérale.

En 1873, Ollivier fait paraître un travail sur la question, dans les *Archives générales de médecine*.

Lawson Tait, en 1875, publie douze cas d'hypertrophie thyroïdienne survenant pendant la grossesse.

En France, Pastriot, Porchet, Plet, M. Bar, Burine, M. Potain. en rapportent plusieurs cas.

Hecker, d'Outrepont, Hermann, Wolfgang Freund, en Allemagne, et Sloan, en Ecosse, étudient la pathogénie du goitre puerpéral.

Ellès, Christowich, Basso, Clopatoski, ont également rapporté des observations de goitre puerpéral.

La grossesse peut exercer son action sur le corps thyroïde soit en provoquant l'apparition du goitre, soit

en accélérant et en aggravant la marche d'un goitre préexistant.

Toutefois, quand nous disons que la grossesse est capable de provoquer l'apparition du goitre, il faut s'entendre. Avec la majorité des auteurs, nous pensons que ce goitre n'est le plus souvent qu'une simple congestion thyroïdienne. Sous l'influence du travail congestif dont l'utérus est le centre, une hypertrophie générale se transmet à l'organisme maternel, et la glande thyroïde subit cette impulsion, au même titre que le cœur, par exemple.

On ne comprend guère comment une vraie tumeur pourrait se développer par le seul fait de la grossesse.

Lors donc qu'on se trouve en présence d'un goitre chez une femme enceinte, il y a lieu de supposer que la tumeur préexistait à l'état latent, et que le rôle de la grossesse s'est borné à le mettre en évidence. Peut-être même une simple coïncidence suffirait-elle à expliquer un certain nombre de cas.

La congestion du corps thyroïde est assez fréquente chez les femmes enceintes. La riche vascularisation de la glande en rend suffisamment compte. Toutefois, on peut trouver exagérée la statistique de Freund qui, examinant cinquante femmes grosses, avait rencontré chez quarante-cinq d'entre elles une hypertrophie prononcée du corps thyroïde.

Cette hypertrophie est généralement bénigne; pourtant, dès la première grossesse, elle peut prendre un développement assez considérable et donner lieu à

des accidents de dyspnée intense qui nécessitent la trachéotomie.

La congestion qui se montre à l'occasion de la grossesse peut disparaître avec elle, mais le fait est assez rare. M. Tarnier l'avait déjà remarqué en 1862. Le plus souvent, elle ne disparaît pas entièrement ; elle diminue très sensiblement, mais on peut presque toujours constater l'augmentation de volume de la glande : la congestion prolongée a déterminé de l'inflammation chronique.

D'ordinaire, la congestion reparait à chaque grossesse, gagnant souvent du terrain.

Freund rapporte deux cas intéressants sur ce point. Dans la première observation, le goitre s'était développé à la puberté. Survient une première grossesse à 20 ans : la tumeur augmente de volume, puis diminue la grossesse terminée. Deux ans plus tard, seconde grossesse : la tumeur augmente encore de volume, mais à un point tel que le goitre entraîne de la dyspnée, des crises d'étouffement qui ne cèdent qu'à l'accouchement.

Dans le deuxième cas, c'est une femme qui n'observe rien du côté de sa glande thyroïde à la puberté. Pendant sa première grossesse, elle voit son cou grossir et, avant la fin du neuvième mois, elle avait déjà beaucoup de peine à respirer. Dix-huit mois plus tard, nouvelle grossesse. La tumeur, qui avait presque disparu à la suite du précédent accouchement, reparait avec un volume encore plus grand que la première fois. Au huitième mois, la dyspnée devint si forte, les

crises d'étouffement se répétèrent si souvent que l'on dut pratiquer l'accouchement prématuré. Après l'accouchement, tout rentra dans l'ordre et la tumeur diminua considérablement.

Ces accidents deviennent communs, lorsqu'il s'agit de goîtres existant avant la grossesse. Il n'est pas rare de voir celle-ci accélérer la marche de la tumeur. Parfois l'impulsion donnée est faible et l'évolution du produit de la conception, ainsi que la santé de la femme, n'en ressentent aucun inconvénient. Malheureusement, d'autres fois, un goitre, qui avait mis de longues années à acquérir de minimes proportions, reçoit tout à coup de l'état gravidique un coup de fouet qui aggrave singulièrement le pronostic.

L'accident le plus à craindre dans ces circonstances est la suffocation due à la compression de la trachée par les dimensions énormes que le goitre peut atteindre.

Le goitre parenchymateux est celui que l'on rencontre le plus souvent ; après lui vient comme fréquence le goitre kystique. Le goitre hémorrhagique est rare, fort heureusement, car il présente un caractère d'exceptionnelle gravité à cause de l'hémorrhagie qui peut survenir avec toutes ses conséquences désastreuses. La masse sanguine, en effet, suffit à peine à la vie des deux êtres. L'hémorrhagie est donc très dangereuse.

Une observation intéressante de goitre hémorrhagique a été publiée par M. Cadillac, de Montpellier, et nous ne résistons pas au désir de la rapporter :

Femme G..., 30 ans, sans profession, habitant le département de l'Hérault, dans un village où le goitre est inconnu. Rien d'intéressant à relever du côté de ses antécédents morbides héréditaires et personnels. La menstruation s'est établie chez elle, sans troubles préliminaires, à l'âge de 15 ans.

Mariée depuis un mois, elle est enceinte de six mois quand elle entre à l'hôpital pour une tumeur de la face antérieure du cou. La tumeur a débuté, il y a neuf ans. La tumeur qui, à cette époque, était de la grosseur d'une noisette, occupait exactement la ligne médiane au moment de son apparition et siégeait au-dessous de la pomme d'Adam. Cette tumeur a progressivement, mais lentement augmenté sans amener aucun trouble, jusqu'à ces derniers temps. Il y a six-sept mois, sans cause appréciable, dit la malade (c'est précisément à cette époque que remonte la conception), le cou se mit à grossir pour atteindre les énormes proportions qu'il présente aujourd'hui.

Neuf jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital, une hémorrhagie abondante se produisit au niveau de deux points qui s'étaient ulcérés spontanément à la partie la plus saillante de la tumeur. L'hémorrhagie fut si abondante que la malade tomba en syncope; depuis, elle se trouve dans un état de dépérissement extrême.

A l'examen : mauvais état général, anémie, cachexie, grandes faiblesses, vertiges, palpitations; les battements du cœur sont accélérés et le premier bruit est dédoublé; on constate aussi un souffle à la pointe. D'une consistance ferme dans son ensemble, la tumeur présente vers son sommet des points fluctuants. Deux orifices dus à des pertes de substance, creusés à l'emporte-pièce ayant à peu près la dimension d'un sou et laissant couler du sang goutte à goutte, continuellement, oblige la malade à changer

souvent de linge. La tumeur suit les mouvements de déglutition ; quand on l'ausculte on ne perçoit aucun souffle, mais les artères battent.

On fait la thyroïdectomie.

Trois jours après l'opération, la malade accouchait brusquement d'un fœtus âgé de six mois environ. Pas de complications post-opératoires et tout rentra dans l'ordre.

M. Bar a cité aussi plusieurs observations de grossesses au cours desquelles des goîtres préexistants se sont aggravés.

Ce n'est pas seulement des goîtres simples que l'on voit apparaître pendant la grossesse ; on peut voir aussi survenir des goîtres exophtalmiques. Cas de Roberts John, de Huberlin, de Beneke.

A la séance de mai 1895, de la Société d'obstétrique et de gynécologie, M. Siguiet a rapporté une observation où le syndrome de Basedow était survenu dans le cours d'une première grossesse, et s'était amélioré à la fin de cette grossesse.

Les symptômes basedowniens peuvent disparaître à la suite de l'accouchement. Ainsi dans le cas de Beneke, les symptômes qui s'étaient montrés pendant le cours de la grossesse disparaissent avec elle. Dans le cas d'Huberlin, ils disparaissent aussi à la suite de l'accouchement prématuré.

Il est encore un côté bien intéressant de cette question des goîtres, nous voulons parler de la transformation des goîtres simples en exophtalmiques. Il est très curieux de voir un goitre resté simple pendant

les deux ou trois premières grossesses, s'accompagner au cours de la quatrième de tous les symptômes de la maladie Graves-Basedow. M. Joffroy a publié deux observations de cette transformation : l'une tirée de la thèse de Pastriot (1876), l'autre qui lui est personnelle.

1^{re} Observation. — Femme de 25 ans, n'ayant pas d'antécédents goitreux héréditaires. Lors d'une première grossesse, son corps thyroïde s'hypertrophie. A la fin de cette grossesse il ne diminue pas considérablement. Etat stationnaire jusqu'à la deuxième grossesse. Pendant cette deuxième grossesse, augmentation de la tumeur. Deux ans plus tard, troisième grossesse, nouvelle poussée. Deux ans après, quatrième grossesse, poussée plus grande ; le corps thyroïde présente un développement énorme et on peut observer tous les symptômes de la maladie de Basedow.

La seconde observation rapportée par M. Joffroy est analogue :

Un goitre simple survient pendant une première grossesse. A la deuxième grossesse, le goitre se développe ; à la troisième grossesse, nouvelle poussée et même temps apparaissent des palpitations. A la quatrième grossesse, la maladie de Basedow est constituée.

Voilà donc deux exemples où nous voyons la grossesse qui produit facilement le goitre simple, entraîner

la transformation du goitre simple en goitre exophtalmique. Cette transformation montre qu'il existe de grandes relations entre les goitres.

Pathogénie. — Plusieurs théories ont été émises pour essayer d'expliquer le goitre de la grossesse. Résumons-les rapidement.

1° On a signalé dans l'organisme des femmes enceintes une hypergénèse des follicules lymphoïdes, et c'est à cette hypergénèse que serait due l'augmentation de volume de la glande thyroïdienne.

2° D'autres ont fait jouer un rôle important à l'hypertrophie du cœur gauche et à l'augmentation de la masse du sang. Le sang serait poussé avec plus de force dans les plexus si nombreux du corps thyroïde, d'où ectasie des vaisseaux.

3° M. Letulle accuse la dilatation du cœur droit, impliquant une gêne de la déplétion des veines pulmonaires et de la circulation de retour.

4° Pour Sloan, c'est par le grand sympathique que l'utérus exerce son action sur la glande thyroïde. Poincaré insiste aussi sur la richesse nerveuse de cette glande, et Harves affirme que le grand sympathique est plus actif chez la femme que chez l'homme.

Toutes ces raisons sont bien hypothétiques et aucune n'entraîne la conviction.

Dans l'explication des goitres de la grossesse comme dans celle des goitres en général, il importe de tenir compte des conditions de milieu, des antécédents goitreux et du pays.

Les faits cependant sont là, indéniables et l'on ne saurait avoir aucun doute sur l'existence, et même nous ajouterons sur l'existence fréquente du goitre chez les femmes enceintes. Nous croyons en effet, que si l'hypertrophie du corps thyroïde n'est pas plus souvent signalée, c'est que dans les cas ordinaires cette hypertrophie n'entraînant aucune gêne et presque aucune déformation, il est besoin d'une observation attentive et de mensurations faites avec soin pour ne pas la méconnaître. C'est en effet dans la difficulté de sa constatation qu'on doit chercher la cause de sa rareté apparente.

Du reste, Natalis Guillot, déjà guidé par la même pensée, écrivait dans son rapport à la Société médicale des hôpitaux : « Avant de recueillir ces deux cas, j'avais déjà remarqué dans les salles de l'hôpital Necker quelques femmes chez lesquelles le corps thyroïde se développait pendant la grossesse. Ces cas que le hasard met quelquefois sous nos yeux sont vus au passage, les malades ne se plaignant pas de ce développement anormal. Maintenant que mon attention est fixée sur ce sujet, je commence à croire que le goitre sporadique pendant la grossesse n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer, faute de documents. »

Nous avons vu des cas où le cou reprenait son volume normal après l'accouchement, d'autres au contraire où le développement du corps thyroïde persistait. Il est facile d'admettre que ces dernières étaient des prédisposées et que chez elles la congestion trop

longtemps prolongée avait amené l'inflammation chronique. La glande s'hyperplasie, il y a formation de goitre. Tout ce qui n'est que congestion disparaîtra quand la circulation reprendra son fonctionnement normal ; mais les éléments de nouvelle formation restent ; l'élément inflammatoire subsiste toujours. Il peut même aller en s'accroissant et donner lieu à ces goitres énormes signalés dans plusieurs observations.

Dans quelques cas, on voit la congestion thyroïdienne non-seulement persister après l'accouchement, mais encore on peut la voir s'accroître. On l'a vue même apparaître après l'accouchement ; Moretin en rapporte une observation. Burine, cite aussi dans sa thèse une observation où un goitre considérable se développa subitement chez une femme en travail.

Ici, intervient un second facteur : les efforts de l'accouchement.

Gosse, Maignien, Guyon surtout, et Luton ont bien mis en relief le rôle mécanique des efforts prolongés des positions vicieuses.

Goitre et lésions utéro-ovariennes.

Dans les chapitres qui précèdent nous avons vu les relations qui existent entre le corps thyroïde et l'utérus à l'état physiologique. Les observations que nous allons rapporter offrent un nouveau point de vue : à la suite d'affections utéro-ovariennes la glande thyroïde peut présenter aussi des modifications pathologiques.

Bloch, a déjà rapporté une observation où en même temps qu'une annexite existait un goitre exophtalmique. Il fit l'ovariotomie et le goitre disparut. Au mois de février 1895, à la Société de chirurgie MM, Picqué, Bouilly et Tuffier entretenaient leurs collègues de cas semblables. M. Guinard a eu la bonne fortune d'en observer aussi deux cas et nous les a communiqués. Ce sont ces observations que nous allons analyser.

La tumeur thyroïdienne peut débiter subitement en même temps qu'apparaissent les troubles génitaux. C'est ainsi que dans un des cas de M. Guinard, elle

survient avec les premières métrorrhagies, occasionnées par un fibrome.

Plus souvent le goitre préexistait et recevait de l'affection utérine ou utéro-ovarienne une impulsion, un coup de fouet. Il peut ne subir qu'une augmentation de volume, mais on le voit fréquemment s'accompagner d'accidents graves, de palpitations cardiaques, de dyspnée angoissante, d'émotivité exagérée, symptômes que n'avait jamais présentés la malade avant les troubles génitaux.

Sous l'influence de ces derniers, le goitre a une évolution plus rapide et plus grave (cas de M. Bouilly et de M. Guinard).

Une nouvelle preuve des relations intimes qui unissent le corps thyroïde et l'utérus lésés l'un et l'autre, nous est fournie par l'amélioration notable, et parfois même par la guérison de l'affection thyroïdienne à la suite d'opérations sur l'utérus ou ses annexes.

Alors que le traitement ordinaire du goitre, électrisation dans le cas de M. Bouilly, bromure et iodure dans celui de M. Guinard, n'avait apporté aucun soulagement aux malades, l'ablation de la tumeur utérine ou la castration produisent un résultat immédiat. On voit disparaître, comme par enchantement, tous les accidents graves, palpitations, dyspnée, etc..., qui semblaient mettre en danger les jours des malades; le décubitus horizontal, jusque-là impossible, devient facile et peut être imposé dans toute sa rigueur. Les troubles nerveux disparaissent également.

Dans l'observation de M. Tuffier, le goitre disparaît, les accidents nerveux persistent. Mais ici ces accidents sont d'un ordre tout particulier. Il s'agit d'une grande nerveuse, d'une hystérique, qui est en même temps neurasthénique. Les troubles nerveux qu'elle présente sont diagnostiqués par un maître, M. Déjerine, comme appartenant à la neurasthénie.

Ce qui frappe dans tous les cas, c'est de voir la tumeur thyroïdienne diminuer sensiblement de jour en jour, à la suite de l'opération. On la voit régresser et se flétrir comme détachée de son centre trophique. Une tumeur du volume d'une orange revient au volume d'une noisette; elle ne devient perceptible qu'à une palpation assez attentive. Parfois même, et M. Guinard insiste sur ce fait, on assiste à sa régression totale, avec disparition des accidents auxquels elle donnait lieu.

M. Tuffier a souvent revu sa malade et il constatait, en même temps que la régression graduelle du fibrome, la diminution graduelle aussi de la tumeur thyroïdienne. Aujourd'hui le fibrome n'est plus perceptible et le corps thyroïde a un volume normal.

L'observation de M. Picqué est des plus intéressantes. Ici il s'agit bien d'un goitre exophtalmique, maladie de Graves-Basedow et à forme grave; c'est M. Ballet, agrégé à la Faculté, qui l'avait diagnostiqué. Il l'avait traité pendant plusieurs années, mais sans succès. La lésion utérine reste ignorée jusqu'au jour où elle détermine des accidents d'un autre genre. C'était un fibrome qui, par compression, occasionne

une occlusion intestinale. On opère le fibrome et brusquement, dans le cours de la convalescence, tous les symptômes basedowniens disparaissent. Voilà donc un goitre exophtalmique qui résiste à tous les traitements directs et qui guérit après l'ablation du néoplasme utérin. N'est-il pas raisonnable de le faire dépendre de la lésion utérine ?

Pour nous, il semble logique d'admettre, dans certains cas, du moins, une corrélation étroite entre les goitres et les affections de la sphère génitale.

Comment ? Pourquoi ? Il n'est pas de notre compétence de résoudre ces questions ; nous les soumettons aux maîtres en physiologie. Nous nous contentons de constater la coexistence des deux lésions et la disparition, ou tout au moins une amélioration très notable de la lésion thyroïdienne à la suite de la guérison de l'affection utéro-ovarienne.

Quant à la conduite à tenir en pareil cas, peut-être au lieu de tenter une action directe, locale sur le goitre, action souvent inefficace, devra-t-on traiter d'abord la lésion génitale. Dans beaucoup de cas, nous n'en doutons pas, avec la guérison de cette dernière, on verra le goitre subir une régression considérable.

OBSERVATION I

Corps fibreux de l'utérus. Hystérectomie vaginale. Hypertrophie du corps thyroïde avec accidents nerveux disparaissant après l'opération. — Observation inédite (D^r Guinard).

Pendant que je suppléais, à l'hôpital Tenon, M. le docteur

Ch. Nélaton, j'ai opéré, le 31 août 1893 une malade qui avait depuis cinq ans un volumineux fibrome utérin. Je pratiquai l'hystérectomie vaginale par morcellement. La tumeur était formée de plusieurs lobes; elle était bosselée et arrivait à trois travers de doigt de l'ombilic. Les annexes saines furent extirpées avec l'utérus. Ce qui avait forcé la malade à entrer à l'hôpital, c'était l'abondance extrême des métrorrhagies qui l'affaiblissaient considérablement. La malade guérit sans incident de cette intervention.

Ce qui nous frappa le plus dans cette observation, c'est que la malade avait une hypertrophie du corps thyroïde qui avait débuté à peu près à la même époque que ses métrorrhagies. Les deux lobes de la glande étaient comme turgescents, et formaient sur les côtés du cou deux masses rénitentes qui avaient fait penser à la possibilité de l'existence d'une poche kystique. Ces masses avaient le volume d'un boudin allongé. La malade avait fréquemment, aussi bien le jour que la nuit, des accès de suffocation et des palpitations cardiaques violentes, surtout manifestes, quand elle faisait un travail quelconque, quand elle montait des étages, etc... L'auscultation du cœur ne révélait aucune lésion orificielle. Pendant les dix-huit jours qu'elle resta à l'hôpital après son hystérectomie vaginale, nous avons assisté à la régression totale de son hypertrophie thyroïdienne, et à la disparition complète de tous les accidents nerveux auxquels elle donnait lieu.

Je n'ai pas eu l'occasion de revoir cette malade depuis cette époque.

OBSERVATION II

Corps fibro-utérin avec ovaro-salpingite du côté gauche. Goitre parenchymateux diminuant de volume après l'hystérectomie vaginale. — Observation inédite (Dr Guinard).

Le 5 avril 1893, je pratique à l'hôpital Saint-Louis, dans le pavillon Marchand, une hystérectomie vaginale par morcellement chez une malade, M^{me} X..., âgée de 48 ans.

Cette femme a, depuis deux ans, des pertes considérables qui, depuis deux mois, ne cessent pour ainsi dire pas, et l'ont amenée à un état de faiblesse extrême. Ces pertes s'accompagnent de douleurs vives dans le côté gauche du bas-ventre. Le diagnostic de fibrome utérin n'est pas douteux. Il s'agit d'une tumeur qui n'est pas très volumineuse. Elle semble développée surtout du côté gauche, dans le segment supérieur de l'utérus qui fait saillie au-dessus du pubis, et à gauche; d'un travers de main.

Je pratique l'hystérectomie vaginale avec la plus grande facilité en morcelant la tumeur, et j'attire derrière elle les annexes gauches qui sont adhérentes et que j'ai quelque peine à mobiliser. La trompe est sinueuse, du volume du pouce et bosselée. L'ovaire a le volume d'un petit œuf de poule, il est bourré de petits kystes. Les annexes droites, extirpées aussi, sont saines.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans ce fait que la malade avait, depuis l'âge de vingt ans (elle est originaire de Paris, qu'elle n'a jamais quitté), un goitre parenchymateux qui, depuis deux ans, avait

subi une croissance très rapide et avait acquis le volume d'une petite orange, après avoir eu pendant 25 ans le volume stationnaire d'une grosse noix. Ce goitre occupait très exactement la ligne médiane et siégeait sur l'isthme thyroïdien. Depuis quelques mois, la malade ne pouvait dormir étendue. Chaque nuit, elle était réveillée par des accès de suffocation très pénibles qui n'avaient cédé ni à la morphine, ni aux bromures, ni à l'iodure de sodium. Dès les jours qui suivent l'opération, la malade est frappée de ce qu'elle dort dans la position horizontale, et, chose remarquable, la tumeur diminue sous nos yeux de volume de jour en jour. Lorsqu'elle quitte l'hôpital, trois semaines après l'opération, la tumeur thyroïdienne a le volume d'une noix : il faut la chercher pour la percevoir. La malade nous dit qu'elle est revenue aux dimensions qu'elle avait dans sa jeunesse, de 20 à 30 ans.

J'ai eu l'occasion de revoir cette malade l'année suivante et de lui fermer une petite fistule vésico-vaginale consécutive à l'hystérectomie que j'avais pratiquée. Le goitre n'avait pas reparu, elle n'avait plus jamais eu aucune crise de suffocation.

OBSERVATION III

Palpingo-ovarite bilatérale; hystérectomie vaginale et ablation des annexes. — Goitre parenchymateux, avec gêne respiratoire et accès de suffocation. Observation inédite (Dr BOUILLY).

M^{me} D..., 27 ans, mariée depuis 6 ans, n'a jamais eu de gros-

sesse ; elle souffre de l'abdomen depuis environ 3 ans ; au mois d'août 1894, elle a présenté tous les symptômes d'une pelvi-péritonite grave qui a duré environ trois semaines, et, depuis cette époque jusqu'à ce jour (15 décembre 1894), elle n'a pas quitté le lit, souffrant constamment de l'abdomen.

L'examen permet de reconnaître une affection bilatérale des annexes ; l'utérus est enclavé, immobile ; le cul-de-sac postérieur est tout à fait comblé par une masse rénitente que l'on sent également par la palpation ; toutes les parties sont confondues et difficiles à distinguer. A droite, cependant, il est permis de reconnaître une trompe grosse comme un petit œuf, distendue par du liquide.

L'examen est très douloureux et provoque presque une crise de nerfs.

La malade est, en outre, atteinte, depuis plusieurs années, d'un petit goitre développé surtout sur le lobe gauche et à la partie médiane du corps thyroïde, du volume environ d'une grosse mandarine, rénitent, assez ferme, ayant les caractères d'un goitre parenchymateux. Il est indolent, mais il détermine depuis longtemps, et surtout dans ces derniers temps, depuis la recrudescence des douleurs abdominales, une véritable gêne respiratoire, et la nuit des accès de suffocation qui nécessitent la position assise dans le lit. Ce goitre, en effet, se prolonge par en bas derrière le sternum, au devant de la trachée, et est véritablement plongeant.

La malade a subi, sans bénéfice, de nombreux traitements pour cette affection, et, en particulier, sa tumeur thyroïdienne a été longtemps électrisée ; le résultat a été insignifiant.

La malade entre à la maison de santé, rue Blomet, pour y être opérée de son affection génitale ; dans les jours qui précèdent son opération, elle est tourmentée par une dyspnée presque continue et, la nuit, par des crises d'oppression, avec tirage, qui

nécessitent l'application de sinapismes et l'injection de quelques gouttes de morphine.

Opération le 27 décembre 1894. Hystérectomie vaginale totale avec ablation bilatérale des annexes. Le cul-de-sac postérieur contient une grande quantité de caillots anciens (hématocèle retro-utérine); la trompe droite, très augmentée de volume, est grosse comme une petite saucisse et atteinte d'hémato-salpine. La trompe gauche, grosse comme le petit doigt, est atteinte de salpingite catarrhale et interstitielle, sans collection sanguine, ni purulente. Les ovaires sont adhérentes, perdus dans des fausses membranes déjà anciennes de peri-ovarite. On peut se demander si la crise d'août dernier n'a pas été la rupture d'une grossesse extra-utérine, tubaire, produite dans la trompe droite auparavant malade.

Les suites opératoires furent des plus simples, et la malade était complètement guérie au bout de trois semaines.

Le fait le plus saillant de l'observation est la disparition immédiate, instantanée pour ainsi dire, de la gêne respiratoire et des crises de dyspnée nocturne, après l'opération. A partir de ce moment il ne se produisit plus aucun phénomène du côté de la respiration; la malade put supporter facilement la position rigoureusement horizontale, alors que les nuits précédentes elle était obligée de dormir assise dans son lit et la tête très élevée.

En outre, pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'opération, le goître subit une diminution considérable et rapide; la saillie médiane qui était auparavant, très accentuée et choquante à l'œil, rentra pour ainsi dire, et devait être cherchée par la palpa-

tion; le cou reprit presque son aspect normal. Cette diminution sembla augmenter environ pendant trois semaines; à partir de ce moment, elle ne parut plus faire de progrès sensibles.

J'ai revu la malade depuis son opération et je l'ai même revue tout récemment (juin 1895). Le cou est presque normal; il reste cependant une saillie médiane visible et surtout appréciable à la palpation, mais infiniment moins prononcée qu'avant l'intervention. Depuis cette époque il n'y a plus jamais eu ni gêne respiratoire ni crise de dyspnée. Le résultat est parfait au point de vue de la disparition des troubles abdominaux.

OBSERVATION IV

Fibrome utérin et anenxite bilatérale. Laparotomie. Goitre parenchymateux (Observation inédite Dr Bouilly).

H..., 39 ans, est entrée à l'hôpital Cochin, pavillon Velpeau, lit n° 1, pour une volumineuse tumeur abdominale en voie d'accroissement, avec douleurs violentes pendant la marche et au moment des règles. Cette malade n'a jamais eu d'enfants. Elle fait remonter le début de sa tumeur à 8 ou 10 ans. Mais elle n'en souffre beaucoup que depuis environ un an.

Le diagnostic s'impose : volumineux fibrome utérin, remontant à trois travers de doigt environ au dessus de l'ombilic, étalé dans les fosses iliaques, surtout à droite, et probablement compliqué de lésions bilatérales des annexes.

La malade porte en outre, depuis des années, un goitre volu-

mineux, développé sur les trois parties du corps thyroïde et donnant à son cou une saillie et un volume considérables. Ce goitre, d'une consistance à peu près uniforme dans tous ses points, non fluctuant, a les caractères d'un goitre parenchymateux ; il ne détermine aucune gêne, aucun accès de suffocation, et n'est qu'une cause de difformité, jamais il n'a beaucoup attiré l'attention de la malade et n'a été l'objet d'aucun traitement spécial.

Opération. — Laparotomie, hystérectomie abdominale supravaginale, le pédicule est réduit dans le ventre après ligature avec un lien de caoutchouc.

La tumeur est un volumineux fibrome interstitiel, avec quelques nodules fibromateux sous-péritonéaux, du poids de 3 kil. 450. Les ovaires sont atteints des deux côtés d'ovarite kystique et transformés en des poches contenant une sérosité citrine teinte de sang. Les trompes sont saines, ou à peu près.

Les suites opératoires sont des plus simples, réunion par première intention, sortie de la malade vingt-cinq jours plus tard.

Mais le point le plus intéressant de cette observation est la diminution considérable subie par le goitre dès les premiers jours qui suivirent l'opération, on peut dire que de jour en jour on le voyait diminuer, à tel point que le volume du cou reprenait peu à peu ses dimensions presque normales. Cette diminution se produisit progressivement environ pendant quinze à vingt jours, à partir de ce moment, elle ne sembla plus faire de progrès, mais on peut bien estimer que le volume de la tumeur s'est réduit d'environ de moitié.

La malade est sortie de l'hôpital, et je n'ai pas eu l'occasion de la revoir.

OBSERVATION V

Observation inédite (Prof. Tuffier)

M^{me} O..., 42 ans, nous est adressée pour un volumineux fibrome utérin. C'est une femme grande, maigre, au teint bistré et qui, au premier abord, nous frappe par l'exophtalmie dont elle est atteinte.

Ses antécédents sont ceux d'une hystérique. Elle a été soignée pour des accidents persistants, dans une maison de santé, à l'âge de 32 ans. Règles très abondantes avec caillots, douleurs extrêmement vives au niveau des reins, avec irradiations dans les membres inférieurs.

Je constate un fibrome multilobé, remontant à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic et remplissant les fosses iliaques. Il est très peu mobile dans le sens transversal. Le col est normal ; mais les culs-de-sac sont comblés par le néoplasme.

Quand on examine complètement la malade, on trouve de la tachycardie, de l'augmentation de volume de tout le corps thyroïde, sans lobe proéminent, sans kyste.

En présence de ces accidents, nous renvoyons la malade à son médecin ordinaire, M. Déjerine, pour lui demander de nous éclairer. Son diagnostic fut : accidents neurasthéniques et non pas maladie de Basedow typique.

L'intervention n'était donc pas contre-indiquée.

Notre malade entre à la maison de santé de la rue Blomet.

On lui fait la laparotomie et on trouve un volumineux fibrome multilobé, enclavé dans le petit bassin et dans les ligaments larges, avec impossibilité de mobilisation. Après des recherches prolongées, la malade étant dans la position inclinée, je parviens

à faire la double castration. Sutures en étage de la paroi, et réunion par première intention. Aucun accident post-opératoire. La malade sort 20 jours après l'opération.

Cinq mois après, je revoyais cette femme. Le fibrome avait certainement diminué d'un tiers; le goitre avait disparu, mais l'exophtalmie persistait et les troubles cérébraux neurasthéniques nécessitaient de nouveau son admission dans une maison de santé où elle a été soignée par M. Déjerine pendant sept semaines.

Le 2 juillet dernier, je l'ai revue : le fibrome n'est plus perceptible. Par le toucher combiné au palper, on constate un gros utérus. Le corps thyroïde a un volume normal, mais les carotides battent toujours, et l'exophtalmie persiste; il n'y a pas de tremblements. Les accidents neurasthéniques ne se sont pas reproduits.

Depuis l'opération, les règles ne sont pas revenues; mais à trois reprises non périodiques, elle a perdu une quantité notable de sang.

OBSERVATION VI

(Observation inédite d'après les notes qui m'ont été communiquées par M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux.)

Il s'agit d'une dame qui fut traitée, pendant plusieurs années, par M. Ballet, médecin des hôpitaux, pour un goitre exophtalmique à forme grave. M. le docteur Ballet a bien voulu communiquer à M. Picqué la note ci-jointe :

Note remise par M. le Dr Ballet, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M^{me} B... a présenté les signes d'un goître exophtalmique grave.

Tachycardie accusée (120-140 pulsations) ;

Tuméfaction marquée du corps thyroïde ;

Exophtalmie des plus prononcées ;

Tremblement.

De plus, elle avait des crises fréquentes d'angine de poitrine, avec petitesse du pouls, intermittences, tendances syncopales.

Ces crises étaient certainement sous la dépendance de la maladie de Basedow. Il n'y a jamais eu aucun signe de lésion du cœur.

J'ai vu ces crises s'atténuer, puis reparaitre à diverses reprises. Je ne puis préciser la date, ne l'ayant pas gardée dans la mémoire.

Quand j'ai vu M^{me} B... pour la dernière fois, il y a trois ans environ, elle présentait encore très accusés tous les signes d'un goître exophtalmique.

La partie chirurgicale de l'observation remonte à l'année 1893. Cette dame qui n'avait jamais présenté de symptômes du côté du ventre ressentit tout d'un coup les symptômes de l'occlusion intestinale. Un collègue des hôpitaux appelé en l'absence de M. Picqué crut devoir faire le diagnostic de cancer pelvien inopérable. M. Picqué qui vit la malade quelques heures après, diagnostiqua l'existence d'un corps fibreux volumineux ayant donné lieu à des accidents de compression intestinale. Il pensa qu'une intervention se trouvait parfaitement indiquée, il la proposa à la malade qui l'accepta.

Le diagnostic fut d'ailleurs corroboré par M. Pozzi,

chirurgien des hôpitaux, qui vint examiner la malade à la demande de M. Picqué.

Je tiens à faire remarquer que la malade à ce moment présentait les symptômes accusés par M. Ballet dans sa note.

L'opération eut lieu le 28 août 1893. M. Picqué pratiqua la laparotomie dans les conditions habituelles. L'exploration le conduisit rapidement sur un utérus volumineux, fibromateux, rétrofléchi et très adhérent. Les annexes sont prolabées dans le cul-de-sac de Douglas; il existe des adhérences péritonéales très larges qui comblent ce cul-de-sac et fixent le fond de l'utérus à l'intestin. M. Picqué détache laborieusement ces adhérences, ramène l'utérus en avant et pratique l'hystérectomie, en laissant un pédicule externe, selon la technique ordinaire. La malade quitte la maison de santé le 21^e jour, complètement guérie opératoirement.

Les accidents de goitre exophtalmique ont disparu brusquement au cours de la convalescence.

M. Picqué a eu l'occasion de voir plusieurs fois la malade. Sa dernière visite remonte au mois de février 1895. L'état de santé de M^{me} B... est excellent, les accidents nerveux n'ont jamais reparu.

CONCLUSIONS

1° A l'état pathologique, comme à l'état physiologique, il existe des relations entre l'utérus et le corps thyroïde.

2° Les lésions du corps thyroïde auxquelles donnent lieu les diverses modifications utéro-ovariennes, varient depuis la congestion simple jusqu'au goitre exophtalmique.

3° Les lésions thyroïdiennes peuvent amener les accidents les plus graves.

4° L'amélioration des affections utéro-ovariennes peut également amener l'amélioration des lésions du corps thyroïde.

5° Avant d'intervenir localement sur les affections du corps thyroïde, il convient de traiter les affections de la sphère génitale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bach* — Mém. de l'Acad. de méd., 1855.
- Barles*. — Un cas de thyroïdite curieux affectant la forme du goitre suffocant. (France Médicale, 1884, p. 549.)
- Broca (A.)*. — Dict. encyclop. des sc. méd.
- Berger*. — Arch. de méd. 1874, t. II, p. 85.
- Bertin de Gray*. — Arch. gén. de méd., avril 1868.
- Bosso*. — Thyroïdites aiguës. Th. Paris, 1890.
- Brunet*. — Acad. des sciences, octobre 1869.
- Cassan (A.-L.)*. — Arch. gén. de méd., Paris, 1827, XIII, 76.
- Castro (de)*. — Thèse de Paris, 1881,
- Clopalophy*. — Goitre aigu puerpéral. Journ. de méd. de Paris, 1893, 4 juin.
- Colin*. — Mém. de méd. et chir. milit., 1857, 3^e série, t. II, p. 91.
- Darves (F.)*. — Du goitre chez la femme enceinte et en particulier de l'influence exercée sur son développement par les fonctions génitales. Montpellier, 1875.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : art. goitre. Krishaber et art. thyroïde. A. Broca.
- Durieu*. — Gaz. des hôp., 1862.
- Ellis*. — British med. J., 22 nov. 1890.

- Gosse (L.-A.)*. — Ueber die Actiologie des Kropfes und des Kretinismus. (Schweiz Ztschr. f. med. chir. u. Geburtsh. Zurich, 1853.
- Guyon*. — Arch. de physiologie, 1868, p. 60, et 1870, p. 168.
- Guyon (F.)*. — Arch. de physiologie, 1870.
- Guyot*. — Du goitre rétro-sternal suffocant. Th. de Montpellier, 1888.
- Hahn*. — Comptes rendus de l'Acad. des sciences, oct. 1869.
- Ilecker*. — Monatsch für Geburtshunde, XXVII, p. 169, mars 1866.
- Hermann*. — Wolfgang Freund (Dr). Deutsch Ztschr. für chirurgie, 3, n° 4, p. 213, 1883.
- Houel*. — Des tumeurs du corps thyroïde. Thèse d'agrég. Paris, 1860.
- Jenks (E.-W.)*. — The relations of goitre to pergnancy and derangements of the generatrie organ's of women. Amer. J. Obst., 1861, XIV, t. 37.
- Joffroy*. — Union méd., 1892.
- Kirmisson*. — Goitre supposé pendant la fièvre puerpérale. Soc. de chir., 1880.
- Kummer et Tarel*. — Des strumites. Rev. de Chirurgie, 1891.
- Larcher*. — De l'hypertrophie normale du cœur chez les femmes enceintes et de son importance pathologique. Arch. gén. de méd. 1857.
- Lauzet*. — Marseille médical, 1876, XIII.
- Lawson Tait*. — Enlargement of the thyroid body to pregnancy. Edinb. med. J, may, 1875.
- Laycock*. — Edinb. med. J. 1855.
- Lebert*. — Die Krankheiten der Schilddrüse, p. 101, 1862.
- Lévêque*. — Des inj. interstitielles iodées dans le goitre. Th. Paris, 1872.

- Longuet.* — Etiologie du goitre. Arch. de méd. et pharm. milit.
Paris, 1885.
- Luton (A.)* — Nouv. dict. de méd. et de chir. pr. (Art. Goitre).
- Maignien.* — Examineur médical, 1842 et compte rendu de
l'Acad. des Sciences, t. XIV, p. 111 et XVI, p. 1.200.
- Mangin.* — Th. Paris, 1884.
- Natalis Guillot.* — Hypertrophie du corps thyroïde, chez les
femmes enceintes. Arch. gén. de méd., 1860.
- Ollivier (A.)* — Maladies chron. d'origine puerpérale. Arch. gén.
de méd. Juillet 1874.
- Outrepont (d').* — Gemeinsame deutsche Zeitschrift für Ge-
burtskunde, 1828, III, 446.
- Parnet.* — Th. Bordeaux, 1887.
- Pastriot.* — Th. Paris, 1876.
- Plet.* — Th. Paris, 1881.
- Potain.* — Du goitre suffocant. Bull. méd. 24 juin 1891.
- Roberts John.* — Am. J. N. S. CXLIV, p. 374, oct. 1876.
- Roque d'Abcastels fils.* — Etiologie du goitre sporadique. Revue
méd. de Toulouse, 1879, XIII, 197-203.
- Schill (E.)* — Schmit's Jarhbuch, Leipsik, 1886, CCX.
- Sloan.* — Rapports du goitre avec la grossesse et la menstrua-
tion. Edinb. med. J. 1886, p. 201.
- Tarnier.* — Tr. d'acc. de Cazeaux. 7^e édit., p. 448, 1867.
- Tarnier.* — Soc. de chir. Disc., 1872.
- Tédenat.* — Nouv. Montpellier méd., 1892.
- Tourdes.* — Du goitre à Strasbourg. Gaz. méd. de Strasbourg,
nov. 1852.
- Veit.* — Berlin. Klin. Wochenschr, 1877, p. 417.
-

GOITRE EXOPHTALMIQUE.

1883. *Marie*. — Contribution à l'étude des formes frustes de la maladie de Basedow. Th. Paris.
1883. *Hardy*. — Goitre exophtalmique. Gaz. des Hôp. 15 mai.
1884. *Gros*. — Etude sur le goitre exophtalmique. Th. Paris.
1885. *Charcot*. — Maladie de Basedow. Gaz. des Hôp.
1886. *Déjerine*. Th. d'agr.
1886. *Botkin*. — Maladie de Basedow. Arch. de Soc. biol. II, 2.
1887. *Mœbius*. — Centralblatt für nervossh.
1887. *Durdufl*. — Pathogénie de la maladie de Basedow. Deutsche med. Woch., n. 4, p. 148.
1888. *Gauthier*. — Lyon médical.
1890. *Gauthier*. — Revue de médecine.
1890. *Renault*. — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Th. de Paris.
1890. *Chevalier*. — Des troubles de la motilité dans le goitre exophtalmique et de sa pathogénie. Thèse de Montpellier.
1890. *Jaccoud*. — Etiologie, pronostic et traitement de la maladie de Basedow. Gaz. des Hôp.
1891. *Boinet et Gilbert*. — Ptomaines urinaires dans goitre exophtalmique. Mercredi médical.
1892. *Gley*. — Arch. de Physiologie.
1893. *Gauthier*. — Lyon médical.
1893. *Gley*. — Arch. de Physiologie.
1893. *Joffroy et Achard*. — Arch. de méd. expér. et d'anat. path., nov. 1893.

1894. *Chamberlain*. — Th. de Paris.
1894. *Marie*. — Soc. méd. des Hôp.
1894. *Beclère*. — Soc. méd. des Hôp.
1895. *Bull. Soc. chirurgie*, mois de février.
-

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

